

<https://helda.helsinki.fi>

Vatsakivun kääntöpuoli

Juusola, Matilda

2017-01-25

Juusola , M & Koponen , A 2017 , ' Vatsakivun kääntöpuoli ' , Duodecim , Vuosikerta. 133 ,
Nro 2 , Sivut 181, 187 . < <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo13526> >

<http://hdl.handle.net/10138/298995>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.



Vatsakivun kääntöpuoli

Seitsemänkymmentäkaksivuotias mies tuli lähetteellä keskussairaalan sisätautipäivystykseen pitkään jatkuneen vatsakivun ja oksentelun vuoksi. Perussairauksina hänellä oli nivelreuma, sepelvaltimotauti ja vaikea keuhkoastmatauti, jonka pahenemisvaiheiden vuoksi potilas oli ollut toistuvasti sairaalahoidoissa. Osteoporoosin estoon potilas käytti kalsium- ja D-vitamiinilisä, mutta silti hänelle oli kehittynyt kyfoottinen ryhti. Kolme kuukautta aiemmin potilaalta oli poistettu sappirakko, mistä hän oli toipunut ja kotiutunut normaalisti. Oikeanpuoleiset ylävatsakivut olivat jatkuneet yli kuukauden. Lisäksi potilas oli huomannut vatsansa pullistuneen oikealta.

Päivystyksessä potilaan yleistila oli hyvä. Hänellä ei ollut kuumetta, mutta vatsakipu oli jatkuvaa. Laboratoriotutkimuksissa CRP-pitoisuus oli 18 mg/l ja valkosolumäärä $9,9 \times 10^9/l$. Virtsassa oli runsaasti valkosoluja ja punasolumääräkin oli hieman lisääntynyt, mutta bakteereja ei havaittu. Vatsan tietokonetomografiassa poistetun sappirakon leikkausalueella ei havaittu erityistä. Maksassa näkyi useita ja munuaisissa yksittäisiä kystia, jotka olivat ennallaan vanhoihin kuviin verrattaessa. Tilanteen katsottiin sopivan kystainfektiin, ja potilaalle aloitettiin siprofloksasiinilääkitys (500 mg x 2).



Sisätautiosastolla CRP-pitoisuus pieneni viitealueelle sopivaksi ($< 3 \text{ mg/l}$), mutta kivut eivät helpottaneet, ja potilas oksenteli aamuisin. Kipu vatsalla oli jatkuvaa, vaikka potilas liikkui osastolla tukien itseään kävelysauvoihin. Välillä hän säpsähteli sähköiskumaisten, yllättävien ja asennosta riippumattomien kipupiikkien vuoksi. Osastokierrolla potilas ponnisti makuulta istumaan, jolloin vatsalle ilmaantui kipukohtaan laaja tyrämäinen pullistuma (**KUVA**). Vatsan kaikuvaauksessa ei kuitenkaan havaittu tyrää tai muuta poikkeavaa.

Mistä oli kysymys? Vastaus sivulla 187.



Vatsakivun kääntöpuoli

Potilaan kumara ryhti pisti kierrolla silmään, ja diagnoosi selvisi rinta- ja lannerangan magneettikuvauksessa. Selkärangassa oli useita selkäni- kamien kasaanpainumia, ja Th VIII -nikama oli täysin litistynyt ja sen nikamaväliaukot olivat ahtaat. Kivut olivat peräisin ahtauneiden nikamaväliaukkojen aiheuttamasta hermopin- teestä, joka myös veltoisti vatsalihakset hermo- tusalueellaan.

Kyseessä oli abdominaalinen valetyrä. Sen aiheuttaa tavallisimmin vyöruusu, joka tyypil- listen ihorakkuloiden lisäksi aiheuttaa potilaal- le segmentaalista motorista heikkoutta, mikä puolestaan veltoistaa vatsan lihakset ja aiheuttaa tyrämäisen pullistuman (1). Vastikään julkais- tussa tapausselostuksessa kuvattiin tyypin 2 diabeetikolle syntyneen valetyrä diabeteksen harvinaisena neuropaattisena komplikaationa (2).

Potilaamme tapauksessa kyse oli kuitenkin mekaanisesta hermopinteestä. Vatsan alueen kliinisessä ihotuntotestauksessa potilas ilmoitti

asianmukaisesti ihotuntoalueen muuttuneen. Koska nikamat eivät olleet instabiilit, pääsi po- tilas kipulääkityksen turvin kotiin. Oksentelu tulkittiin kovien kipujen aiheuttamaksi. Lisäksi virtsassa kasvoi *Candida albicans*. Tarkemmin potilaan sairauskertomustekstejä selattaessa paljastui, että samantyyppisiä vatsakipuja oli ol- lut jo muutamien vuosien ajan. Näiden sittem- min hermopinnekivuiksi tulkittujen kipujen lisäksi potilas oli sairastanut ensin vyöruusun ja sitten sappikivitaudin, jotka olivat aina vuorol- laan jättäneet hermokivut varjoonsa. ■

MATILDA JUUSOLA, LK, kesälääkäri

ANTTI KOPONEN, osastonlääkäri

Etelä-Karjalan keskussairaala, Lappeenranta

KIRJALLISUUTTA

1. Tagg NT, Tsao JW. Images in clinical medicine. Abdominal pseudo- hernia due to herpes zoster. N Engl J Med 2006;355:e1.
2. Chakraborty PP, Singha A, Bhattacharjee R, Chowdhury S. Abdomi- nal pseudohernia: a manifestation of diabetic truncal radiculo- neuropathy. BMJ Case Rep 2016;2016. DOI 10.1136/ber-2016- 215605.